

ANNÉE 1953

N° 507

LA FOSSETTE PROSTATIQUE et ses maladies

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 1953

par

Roger-Attilio CAPRAI

Né le 2 août 1924, à Paris

Président de Thèse : M. Guy LAROCHE (Professeur)

O.L.B.

40, rue du Cherche-Midi, Paris-6^e

LA FOSSETTE PROSTATIQUE et ses maladies

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 1953

par

Roger-Attilio CAPRAI

Né le 2 août 1924, à Paris

Président de Thèse : **M. Guy LAROCHE** (Professeur)

O.L.B.

40, rue du Cherche-Midi, Paris-6°

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Doyen honoraire : M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SEZARY, SEBILEAU, TANON.

Doyen : Léon BINET

Membre de l'Institut

Assesseur : Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.	
Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales {	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux..	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales {	BÉNARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	MOREAU
	LIAN (C.)

MM.

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapé- rapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	Pasteur VALLERY-RADOT
Cliniques obstétricales	Tarnier
	Baudelocque
	Port-Royal
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)....	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	MOUQUIN
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance..	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale..	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	BARIETY
Pathologie et thérapeutique générales.....	de GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Maîtres de Conférences-Agrégés et Agrégés

MM.

Anatomie	} CORDIER (J.-C.). Pr. s. ch. DEBEYRE (J.). DELMAS (A.). GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.), Pr. s. ch. BUSSE (F.). FASQUELLE (R.). NEVOT (A.). BOURLIERE (F.). ETTORI (J.), Pr. s. ch. JAYLE (M.-F.), Pr. s. ch. SCHAPIRA (G.).
Anatomie pathologique	
Bactériologie	
Biologie médicale	
Chimie médicale	

MM.

Dermato-syphillographie	N
Histologie	BULLIARD (H.). Pr. s. ch.
Hydrologie	COUJARD (R.).
Hygiène	DESCLAUX (P.).
Médecine légale	DEBRAY (C.).
Neurochirurgie	BOYER (J.).
Neurologie	DEPARIS (M.).
	DEROBERT (L.).
	GAULTIER (J.).
	N
	SEZE (S. de).
	GRASSET (J.).
	LEPAGE (F.).
Obstétrique	MAYER (M.).
	MERGER (R.).
	RAVINA (J.).
	VARANGOT (J.).
Ophtalmologie	OFFRET (G.).
	DESVIGNES (P.).
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN (E.). Pr. s. ch.
Parasitologie	MADURO (R.).
Parasitologie coloniale	BRUMPT (L.).
	CHABAUD ff.
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.).
	BAUMANN (J.).
	GOSSET (J.).
	HUGUIER (J.).
	LAURENCE (G.).
	LEGER (L.).
Pathologie chirurgicale	OLIVIER (Cl).
	PADOVANT (P.).
	POILLEUX (M.).
	ROUX (M.).
	RUDLER (J.-C.).
	VERNE (J.-M.).
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.).
	BERNARD (J.).
	BOUDIN (G.).
	CASTAIGNE (P.).
	CONTE (M.).
	DECOURT (J.).
	DOMART (A.).
Pathologie médicale	DREYFUS (Gilbert).
	FAUVERT (R.).
	HAMBURGER (J.).
	KOURILSKY (R.).
	LAMY (M.).
	MAURIC (G.).
	MILLIEZ (P.).
	PERRAULT (M.).
Pathologie médicale	RAMBERT (P.).
	THIEFFRY (St.).
	TURIAF (J.).
Pédiatrie	LAPLANE (R.).
	MARIE (J.).

	MM.
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle J.). Pr. s. ch.
	{ CHEYMOL (J.-H.).
Physiologie	{ BARGETON (D.).
	{ PARROT (J.-L.).
Physique médicale	{ DOGNON (A.). Pr. s. ch.
	{ DJOURNO (A.).
	{ GOUGEROT (L.).
Psychiatrie	BARUK (H.).
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.).
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.).
Thérapeutique	BROUET, chargé de l'enseigne- ment.
Urologie	KUSS (R.).

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

rappelés à l'exercice
(pour le service des examens)

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgi-
cale), LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

chargés de cours de clinique annexe
à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.).
	{ MENEGAUX (G.).
	{ PATEL (J.).
	{ SICARD (A.).
	{ BOULIN (R.).
	{ BROUET (G.).
	{ CACHERA (R.).
	{ DELARUE (A.).
Clinique médicale	{ GARCIN (J.).
	{ HAGUENAU (M.).
	{ LENEGRE (J.).
	{ MARCHARL (G.).
	{ SOULIE (E.).
	{ DIGONNET (L.).
Clinique obstétricale	{ ECALLE (G.).
	{ SUREAU (M.).
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.).
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.).
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.).
Secrétaire adjoint	Mlle CHAINTREUIL (G.).
Bibliothécaire en Chef	Docteur HAHN (A.).
	Mlles DUMAITRE (P.).
Bibliothécaires	{ GOICHON (A.-M.).
	{ LAURENT (H.).
	{ LE NOIR.

A MES CHERS PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153720_0034

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur GUY LAROCHE,
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin-Chef de l'Hôpital Bichat,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MON CHER MAITRE,

Monsieur le Docteur Georges LUYs,

En témoignage d'admiration pour ses remarquables travaux et d'affectueuse reconnaissance pour m'avoir guidé dans les mystères de la fosse prostatique.

LA FOSSETTE PROSTATIQUE
ET
SES MALADIES

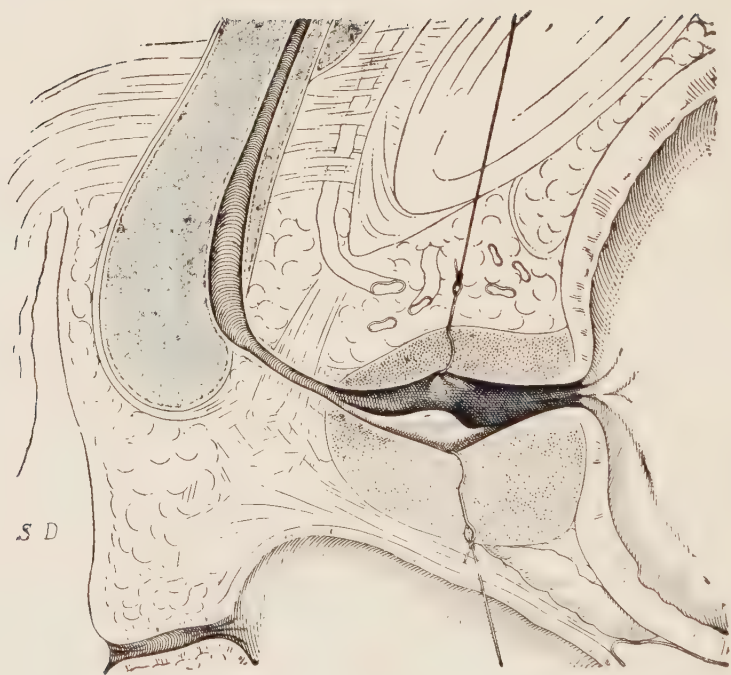


Fig. 1. — Aspect anatomique de la « Fossette prostatique » comprise entre le bord postérieur du verumontanum et le col de la vessie.

ANATOMIE

La Fossette prostatique (*fig. 1*) carrefour de l'appareil génito-urinaire est une des régions les plus importantes de l'arbre urinaire.

Elle fait partie de l'urètre prostatique. C'est une dépression plus ou moins marquée, comprenant, en avant, la saillie du vérumontanum et c'est à son niveau que viennent s'ouvrir les conduits excréteurs des glandes de la prostate et les canaux éjaculateurs.

Elle est bridée en avant par le sphincter urétral, en arrière, par le col de la vessie.

En haut, elle présente la portion sous-pubienne de la prostate ; en bas, sur le plancher, elle est constituée par les lobes postérieurs de la prostate.

Ses dimensions normales sont de deux centimètres environ ; par contre, au cours de l'hypertrophie prostatique, ses dimensions antéro-postérieures deviennent beaucoup plus considérables ; c'est ainsi qu'elle peut atteindre sept, huit et même dix centimètres de longueur.

Vérumontanum

Situé sur la paroi postérieure de l'urètre prostatique le vérumontanum se présente sous la forme d'une saillie oblongue qui mesure habituellement douze à quatorze millimètres de longueur sur deux à cinq de large.

Son extrémité postérieure se continue en arrière par des plis, qui, sous le nom de freins du vérumontanum, se portent en arrière jusqu'à l'orifice vésicale de l'urètre prostatique.

En arrière du vérumontanum se trouve la dépression de la fossette prostatique dont il fait partie.

Son extrémité antérieure se continue par un pli longitudinal appelé crête urétrale qui se prolonge jusqu'à la région membraneuse où elle se termine en se bifurquant.

La base du vérumontanum fait corps avec la paroi urétrale sur laquelle elle repose.

Sa face antérieure présente une fente antéro-postérieure médiane qui conduit dans un petit cul-de-sac, que l'on désigne sous le nom d' « utricule prostatique », qui dérive de l'extrémité inférieure des canaux de Müller. A droite et à gauche, se trouvent les orifices des canaux éjaculateurs qui déversent le sperme dans l'urètre.

Latéralement, le vérumontanum est délimité par deux plis antéro-postérieurs appelés les « Rigoles latérales du vérumontanum ». Dans ces rigoles viennent s'ouvrir par des orifices assez larges, les principaux conduits excréteurs des glandes de la prostate.

Il est constitué par le point d'abouchement dans l'urètre prostatique des deux canaux éjaculateurs droit et gauche.

Ceux-ci, issus des vésicules séminales et des canaux déférents, après avoir traversé obliquement la prostate de dehors en dedans et de haut en bas, viennent classiquement s'ouvrir sur les joues du vérumontanum de chaque côté de l'utricule prostatique par deux orifices distincts ; le vérumontanum se trouve donc présenter trois orifices : l'un médian, utricule prostatique, les deux latéraux correspondant à chacun des orifices des canaux éjaculateurs ; mais fréquemment ceux-ci s'ouvrent sur les lèvres mêmes de l'utricule.

Le vérumontanum est extrêmement vascularisé et c'est pourquoi il saigne facilement et est si souvent le siège d'une hématurie au cours des urétrites postérieures.

Il est très richement doté de nerfs, aussi bien du système spinalement que du système sympathique.

STRUCTURE

La structure de l'utricule prostatique est assez variable pour lui donner des aspects différents suivant les individus.

Pour Wintemberger (1), la cavité utriculaire est tapissée par un épithélium formé de deux couches : l'une profonde, constituée par des cellules polyédriques, l'autre superficielle, formée de grands éléments cylindriques à protoplasme finement granuleux et dont les noyaux régulièrement sphériques occupent, soit une position centrale, soit une position plus rapprochée du pôle basale de la cellule.

D'après Wintemberger, l'utricule prostatique de l'homme serait donc, non pas un organe résiduel, mais un véritable organe glandulaire annexe de l'appareil génital mâle.

Lorsqu'il est bien développé, il pourrait être appelé « glande du véru » ; lorsqu'il n'est qu'ébauché, l'utricule n'est alors qu'une cavité présentant quelques dépressions peu profondes et rares invaginations glandulaires.

Le vérumontanum comprend aussi dans sa structure du tissu érectile soutenu par une colonne centrale musculo élastique ; il est recouvert par la muqueuse urétrale finement plissée à ce niveau pour se prêter aux variations de volume du véru.

(1) WINTERBERGER. — « Utricule prostatique de l'homme » — Archives des Maladies des reins. Tome II, n° 6, 1^{er} juin 1927, page 727.

PHYSIOLOGIE

Le vérumontanum est un organe érectile. Il devient turgide pendant l'érection et assure ainsi non seulement la béance des canaux éjaculateurs, mais aussi la fermeture du sphincter vésical.

C'est à cette turgescence du vérumontanum qu'est due, en partie, l'impossibilité d'uriner pendant l'érection, et d'autre part, d'après Duhnann et Ruggles, il sert pendant l'érection de véritable tampon qui empêche le reflux du sperme dans la vessie pendant l'orgasme vénérien (1).

Cette disposition normale devient, sous l'influence de certaines conditions pathologiques, particulièrement intéressante, puisqu'elle permet d'expliquer le mécanisme de certaines rétentions d'urine.

C'est ainsi que chez les masturbateurs, le vérumontanum prend des proportions considérables, en raison des congestions perpétuelles dont il est l'objet. Celles-ci finissent par devenir un véritable obstacle à la miction.

A un degré moindre, des difficultés d'évacuation complète des dernières gouttes d'urine au cours de la miction et les gouttes résiduelles, après la miction, ont très souvent leur origine étiologique dans un volume anormal du vérumontanum.

De nombreux malades se plaignent, en effet, de souiller leurs vêtements par des gouttes d'urine qui s'écoulent malgré eux, une fois la miction terminée. Ils doivent reporter l'origine de cette infirmité au volume anormal de leur vérumontanum.

(1) LUYSS. — « Traité des Maladies de la Prostate », page 31. Doin, éditeur, Paris.

En effet, derrière lui, se trouve la dépression de la fossette prostatique qui peut, comme nous l'avons vu, acquérir des dimensions antéro-postérieures tellement considérables, qu'elle peut former comme une petite vessie accessoire.

Si donc ces deux causes sont réunies l'une à l'autre, il s'ensuivra :

1° Stagnation de l'urine dans la dépression de la fossette prostatique ;

2° drainage incomplet par le fait d'un vérumontanum trop volumineux.

EXPLORATION
DE LA
FOSSETTE PROSTATIQUE

EXPLORATEUR A BOULE OLIVAIRE

La vessie étant au préalable remplie d'eau boricuée, on introduit l'explorateur à boule dans l'urètre jusqu'à son passage dans l'urètre membraneux.

C'est à ce moment que commence l'exploration de la portion prostatique, au cours de laquelle on doit noter attentivement la surélévation de la paroi inférieure, le degré de sensibilité du vérumontanum, la longueur ou la déformation du trajet.

On peut, de cette façon, mesurer la longueur de la traversée prostatique.

Pour ce faire, on introduit d'abord un explorateur olivaire n° 20 jusque dans la vessie, puis on le retire peu à peu, à reculons, vers soi, jusqu'au moment où l'on sent une très légère résistance qui indique qu'on touche le col vésical.

On note alors avec les doigts, sur la tige de l'explorateur, le point correspondant au méat, puis on le retire peu à peu jusqu'au point, toujours facile à percevoir, où la boule quitte le contact avec le sphincter membraneux.

En mesurant, sur la tige de l'explorateur, la distance qui sépare le méat du point de repère fourni par les doigts, on obtient ainsi, d'une manière fort simple, la longueur de l'urètre prostatique.

On pourra donc constater, de cette manière, et bien souvent, l'allongement hypertrophique de la fossette prostatique qui est toujours en rapport avec une hypertrophie notable de la prostate.

Cette exploration pourra, en outre, lorsqu'elle aura révélé une douleur nette au moment du passage de l'explorateur à boule sur le vérumontanum, affirmer l'existence d'une spermatocystite concomitante (1), le vérumontanum étant le poste avancé des vésicules séminales : son attouchement douloureux constitue donc, en quelque sorte, un véritable réflexe uréthro-vésiculaire.

(1) Luys. — « Traité des maladies des vésicules séminales », page 87. Doin, éditeur, Paris.

EXPLORATION URETROSCOPIQUE

L'examen est pratiqué avec l'urétroscope à vision directe Luys et à sec (2).

Avant toute chose, il ne faudra pas songer à introduire un tube urétroscopique sans que l'urètre ait été suffisamment dilaté, c'est-à-dire jusqu'au béniqué 60. Ce précepte doit être absolu.

Le tube ayant été introduit jusque dans la vessie, on le retire alors en arrière, peu à peu, jusqu'à ce qu'on soit assuré que l'urine ne s'écoule plus par le tube aspirateur fixe ; on enlève alors le mandrin et on introduit le deuxième tube aspirateur pour faire disparaître immédiatement toutes les sécrétions qui peuvent se trouver à ce niveau dans l'urètre postérieur. Une fois la sécheresse obtenue, on introduit la lampe qu'on fixe solidement par la vis qui la solidarise au tube urétroscopique.

En retirant lentement et progressivement le tube de la vessie jusqu'au niveau de la région membraneuse, on peut étudier ainsi l'urètre postérieur.

La figure, tout à fait caractéristique, de la région du col vésical apparaît tout d'abord. Celui-ci se présente sous la forme d'un orifice ovalaire, à grand axe transversal, dont les bords sont lisses, brillants, d'un aspect de tonicité parfaite.

Mais les observateurs insuffisamment rompus aux pratiques de l'endoscopie pourraient à ce niveau être induits en erreur.

En effet, la figure centrale se présente normalement sous la forme d'un orifice obscur, dans le fond duquel on peut deviner la paroi vésicale lointaine ; mais bien souvent, la muqueuse vésicale, flasque et non pas distendue par du liquide, vient se placer dans le col et le dépasser pour faire hernie jusque dans l'urètre : de telle manière qu'au premier abord on pourrait prendre pour

(2) Luys — « Traité des maladies de la prostate », p. 67. Doin, éditeur, Paris.

une tumeur ce qui n'est, en réalité, qu'une portion de muqueuse vésicale ectropionnée.

Si l'on retire très légèrement le tube urétroscopique, on tombe alors sur le versant urétral du col vésical.

A la partie supérieure, on devine le col vésical qui se marque sous la forme d'un infundibulum ; de ce point, descendent en séries régulières et divergentes, les plis de la muqueuse lisse dont l'ensemble se dispose en éventail ; le manche de l'éventail étant en haut, la portion large de l'éventail étant en bas.

Si l'on retire peu à peu le tube urétroscopique, on voit apparaître bientôt l'extrémité postérieure du vérumontanum ; mais il existe précisément, derrière la paroi postérieure du vérumontanum, la dépression de la fossette prostatique dont il est indispensable de faire toujours l'examen complet et méthodique, car elle est très souvent le siège d'inflammations chroniques qui sont insoupçonnables par tout autre moyen d'exploration : on a prétendu que cet examen ne pouvait être utilement pratiqué avec un tube droit, or il suffit d'abaisser l'extrémité du tube urétroscopique, en relevant le manche, pour déprimer d'un même coup de bascule le vérumontanum, et pouvoir en examiner de la façon la plus complète la face postérieure.

Ceci fait, on retire de plus en plus, mais très doucement, le tube urétroscopique et l'on découvre bientôt le corps même du vérumontanum.

Ce dernier se présente sous la forme d'une saillie insérée sur la paroi inférieure de l'urètre, saillie bombant nettement, volumineuse et remplissant, parfois tout entière, la lumière du tube urétroscopique.

Sur ses parois latérales, se trouvent les rigoles latérales où viennent aboutir les orifices des glandes prostatiques. En raison de leur voisinage avec l'embouchure des canaux éjaculateurs, ces glandes peuvent provoquer, fréquemment, non seulement leur infection mais aussi celle des vésicules séminales.

Enfin, lorsque le tube urétroscopique est ramené encore plus en avant, la saillie du vérumontanum diminue de hauteur et de

largeur et se continue en avant par une saillie linéaire qui constitue le frein antérieur du vérumontanum.

L'aspect le plus habituel de la face antérieure du véru est celui dans lequel on découvre dans sa partie médiane l'utricule prostatique unique et médian, les orifices des canaux éjaculateurs restant invisibles.

Dans d'autres circonstances, également fréquentes, on n'observe pas la présence d'un utricule prostatique médian, mais au contraire, on peut découvrir les orifices des canaux éjaculateurs parfaitement perceptibles à la vue : chaque orifice situé latéralement au vérumontanum correspond à l'embouchure du canal éjaculateur correspondant.

Dans ces cas, l'ensemble du vérumontanum peut alors être comparé à une véritable « tête de scaphandrier » (1) (*fig. 2*).

D'autres fois, on aperçoit la face antérieure du vérumontanum complètement lisse, sans utricule prostatique, ni orifice des canaux éjaculateurs.

Au-dessus de lui, la muqueuse urétrale est finement plissée et présente un aspect caractéristique sous la forme d'un bourrelet, qui occupe toute la partie supérieure du tube urétroscopique, dessiné en forme de croissant à concavité inférieure qui encadre le véru. C'est là un point de repère très précieux dans l'appréciation de sa forme et de ses limites.

En avant du vérumontanum, la figure urétroscopique change, tout à coup, complètement d'aspect ; son extrémité antérieure s'effle peu à peu, pour ne plus être constitué que par le frein et disparaître complètement.

Le bourrelet de muqueuse qui occupait tout à l'heure toute la partie supérieure du tube, augmente progressivement, de telle sorte que l'on a plus bientôt devant soi, qu'une figure très régulière dans toutes ses parties, et revêtant l'aspect caractéristique de la région membraneuse, qui limite en avant l'urètre prostatique.

(1) Luys. — « Traité des maladies des vésicules séminales », page 51. Doin, éditeur, Paris.



Fig. 2. — Aspect urétroscopique du véru-
montanum en tête de scaphandrier

ASPECTS PATHOLOGIQUES
DE LA
FOSSETTE PROSTATIQUE

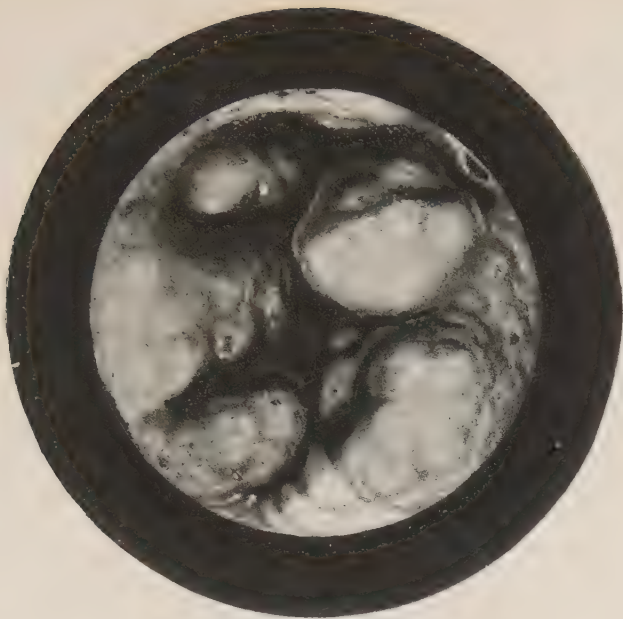


Fig. 3. — Aspect de la Fossette prostatique dont les lobes prostatiques sont atteints d'adénome. Les masses adénomateuses s'imbriquent les unes dans les autres.



Fig. 4. — Aspect de l'urètre prostatique au cours de l'hypertrophie de la prostate vu près du vérumontanum que l'on voit au bas de la figure

ADENOME PROSTATIQUE

Nous n'étudierons ici que l'urètre prostatique dont les modifications urétroscopiques sont si profondes que l'on comprendra ainsi l'énorme importance de cet examen endoscopique dans l'appréciation des obstacles prostatiques, lesquels ont un rôle capital au cours de l'hypertrophie prostatique.

Il suffit d'avoir vu sur quels obstacles le jet d'urine vient se heurter dans son passage au travers de la prostate hypertrophiée, pour comprendre qu'ils constituent la seule vraie cause de la rétention.

Ce n'est donc pas par sa portion vésicale seulement qu'il faut regarder la prostate hypertrophiée, mais aussi par son intérieur, c'est-à-dire par la voie endoscopique.

Il existe tout d'abord un aspect urétroscopique fréquemment observé, consistant dans ce fait que toute la traversée de l'urètre prostatique présente souvent une série de nodules adénomateux de grosseur peu considérable, mais de dimensions différentes, pressés les uns contre les autres, comme un véritable sac de billes : chaque nodule semblant évoluer pour son propre compte (*fig. 3*).

D'autre fois, l'adénome prostatique se montre sous la forme de deux hautes falaises prostatiques latérales qui sont pressées l'une contre l'autre comme deux montagnes adossées. Le tunnel antéro-postérieur très irrégulier qui se trouve entre elles et par lequel passe difficilement le flot urinaire est plutôt virtuel que réel.

C'est l'accolement de ces deux lobes hypertrophiés qui constitue un gros obstacle à la miction.

L'aspect endoscopique pris par les lobes latéraux de la prostate hypertrophiée est alors bien caractéristique. On voit, dans le milieu de la figure urétroscopique, un petit orifice, la plupart du

temps central, par lequel passent les quelques gouttes d'urine que le prostatique évacue difficilement par miction naturelle.

Presque toujours au niveau du vérumontanum, on trouve des masses très intimement accolées les unes aux autres qui transforment l'entrée de l'urètre prostatique en un véritable bouclier saillant en avant (*fig. 4*).

Ces constatations sont, du reste, en rapport avec celles que l'on fait, lorsqu'on pratique le cathétérisme de l'urètre ; le cathéter bute contre ces parois rigides que nous venons de décrire.

Aspects urétrographiques

L'urétrographie rétrograde montre (1) sur le cliché de face, l'allongement de l'urètre susmontanal et parfois la scoliose urétrale ; sur le cliché de profil, la coudure à concavité antérieure et surtout l'élargissement du diamètre antéro-postérieur donnant une image pathognomonique d'urètre en yatagan, en lame de sabre (70 % des cas).

Cette image est très particulière : le bord antérieur de l'urètre est régulier, le postérieur coudé et la partie centrale incomplètement injectée si l'adénome est volumineux.

L'urétrographie en position debout (J. Ginestié) donne « une image parabolique, une image en croix, ou un télescopage de l'urètre postérieur ».

(1) COUVELAIRE. — « Nouveau précis de pathologie chirurgicale », tome VI, page 538. Masson, éditeur, Paris.



Fig. 5. — Lésions de prostatite glandulaire de la paroi antérieure de l'urètre prostatique vues à l'urétroscope

PROSTATITE CHRONIQUE

L'urétroscopie permet également de bien étudier la prostatite glandulaire chronique : c'est sous le contrôle de la vue que l'on peut voir, de la façon la plus précise, la forme sous laquelle se présentent les glandes prostatiques infectées.

Lorsque le tube urétroscopique a été introduit jusque dans la vessie et qu'on le retire peu à peu, on aperçoit alors dans la fossette prostatique, une série de glandes kystiques parfois innombrables accolées les unes aux autres comme des grains de raisins.

Tantôt, elles sont plus clairsemées, plus larges, bombant alors fortement du côté de la lumière du canal et en forme de gros yeux de grenouille.

Parfois, lorsqu'elles sont peu nombreuses, elles sont nettement localisées à la seule paroi supérieure de la fossette prostatique.

Quelquefois, en forme de grappes de raisins abondantes, elles envahissent les piliers, ainsi suspendues au plafond prostatique.

D'autres fois, lorsqu'elles sont très abondantes, elles envahissent les piliers ainsi que les parois latérales de la fossette prostatique (*fig. 5*).

D'autres fois enfin, mais plus rarement, elles se localisent uniquement à son plancher.

L'on a vu (1) quantités d'urétrites qui se manifestaient par un écoulement considérable au niveau du méat et dont la seule cause était due à l'inflammation des culs-de-sac glandulaires de la paroi supérieure de la prostate.

Ces lésions qui n'ont aucune tendance à guérir spontanément, peuvent subsister pendant des temps indéfinis : une thérapeutique locale, bien appliquée, parvient cependant à les faire disparaître définitivement.

(1) Luys. — « Traité des maladies de la prostate », page 512. Doin, éditeur, Paris.

CAVERNES PROSTATIQUES

La découverte de l'origine de la suppuration se fera en examinant, par l'urétroscope, presque toujours le même point dans la fossette prostatique.

C'est, en effet, sur les bords latéraux droit ou gauche du vérumontanum au niveau des rigoles latérales qu'on voit au bout du tube urétroscopique, un petit orifice gros, le plus souvent non pas comme une tête d'épingle, mais bien plutôt comme une pointe d'épingle, duquel sort un petit jet de pus blanc qui vient en bavant se répandre sur la paroi inférieure de la prostate.

Aussitôt que l'on a asséché le petit orifice d'où sortait ce pus, on constate qu'il siège sur une membrane bien tendue et l'on a, de suite, l'impression que, derrière cette membrane, se trouve une cavité dont l'évacuation ne s'effectue pas dans des conditions normales.

En effet, aussitôt qu'avec une pointe de galvano-cautère, on agrandit cet orifice, en déchirant la membrane, on est en présence d'une cavité : la caverne prostatique (1) (*fig. 6*) cavité plus ou moins spacieuse, dont les parois sont granuleuses et multilobulées ; presque toujours, elle contient du liquide purulent qui dérive de l'infection chronique localisée des lobules prostatiques.

Aspects urétrographiques de la prostatite chronique et des cavernes prostatiques

L'urétrographie rétrograde (2) donne de belles images. Qu'elle soit toujours précédée d'un cliché sans préparation afin de ne pas méconnaître un calcul prostatique. Quatre clichés sont néces-

(1) LUXS. — « Traité des maladies de la prostate », page 513. Doin, éditeur, Paris.

(2) COUVELAIRE. — « Nouveau précis de pathologie chirurgicale », tome VI, page 374. Masson, éditeur, Paris.



Fig. 6. — Aspect urétroscopique d'une « Caverne prostatique »
située dans la rigole latérale gauche du verumontanum dont
le bord gauche seul est visible.

saïres : face, profil droit, profil gauche, et après évacuation de l'urètre, cliché « en déplétion », pour mettre en évidence certaines géodes sagittales et pour prouver la rétention intracavitaire en décelant les images « suspendues ».

L'urétrographie dessine la forme, le siège, la profondeur, la direction, les ramifications des abcès glandulaires ou, s'il s'agit de lésion congénitale, des diverticules intraprostatiques.

L'urétrographie mictionnelle qui injecte moins clairement les cavités intraprostatiques, présente l'avantage de permettre l'examen fonctionnel du col vésical. Un col rigide, filiforme ou irrégulier remplace l'entonnoir physiologique. Enfin, si le malade est en état de stagnation vésicale, une cystographie est indispensable pour déceler les diverticules vésicaux et la possibilité d'un reflux vésico-urétéral.

CALCULS ENDOGENES DE LA PROSTATE

L'urétroscopie permettra également souvent de faire le diagnostic de « calculs endogènes de la prostate » dont les signes cliniques sont ou vagues ou nuls, ou se confondent avec ceux de la prostatite et de la vésiculite (1).

Tantôt, on observera une déviation du vérumontanum, et cette déformation est due à ce fait que les calculs provoquent, par leur présence, le déplacement latéral de cet organe.

D'autres fois, on verra, sur le plancher de la fossette prostatique, soit des orifices glandulaires enflammés, desquels sort du pus, soit des orifices dilatés des glandes prostatiques dans lesquels le tube aspirateur peut pénétrer et toucher même le calcul.

Dans tous les cas, on note un allongement hypertrophique de la fossette prostatique, et un soulèvement partiel de son plancher.

Le diagnostic sera confirmé par la radiographie, soit avec une

(1) LUYs. — « La Clinique », octobre 1932.

sonde opaque placée dans l'urètre, soit plusieurs radiographies successives en plaçant l'ampoule en position plus ou moins oblique par rapport au pubis.

POLYPES DE LA FOSSETTE PROSTATIQUE

L'urètre prostatique peut être bien souvent atteint de polypes qui, par leur seule présence, peuvent provoquer des accidents de rétention grave.

Ces polypes, de volume assez variable, peuvent quelquefois atteindre des dimensions considérables. Parfois, ils sont uniques, parfois, et beaucoup plus souvent, ils sont multiples.

Ces productions papillomateuses sont presque toujours ignorées et méconnues, parce que l'urétroscopie de l'urètre postérieur n'est malheureusement pas assez pratiquée ; et ces productions, qui, bien souvent résultent d'inflammations chroniques antécédentes, non soignées parce que non diagnostiquées, évoluent de façon lente.

Dans nombre de cas, chez des sujets relativement jeunes présentant de la rétention d'urine, c'est à cette cause seule qu'il faut attribuer l'origine des accidents (1).

Tantôt, ces polypes se montrent sous la forme d'une crête.

Tantôt, ils prennent l'aspect de longs polypes, comparables à de véritables aiguilles. Ils sont assez susceptibles de prendre les formes et les aspects les plus bizarres, suivant qu'on les déplace avec des tampons d'ouate ou qu'on les aspire avec le tube aspirateur de l'urétroscope (fig. 9).

Tantôt, ils sont implantés directement sur le corps même du vérumontanum, tantôt, ils sont placés sur ses parties latérales, tantôt enfin, et assez fréquemment, ils se présentent sur la paroi supérieure de la fossette prostatique : ils peuvent alors se présenter,

(1) LUYs. — « Traité des maladies de la prostate », page 120. Doin, éditeur, Paris.



Fig. 7. — Vérumontanum hypertrophié par suite d'inflammation chronique



Fig. 8. — L'utricule prostatique, au lieu d'être bien appliqué sur la face antérieure du vérumontanum, en est détaché et forme ainsi une véritable poche.

soit sous forme de languette (*fig. 10*), soit sous forme de gros bourgeons charnus qui saignent au moindre contact (*fig 11*), soit en forme de massue.

MODIFICATIONS DU VERUMONTANUM

Ses aspects sont variables.

Tantôt, déjà, dans la dépression de la fossette prostatique, on peut constater que le frein postérieur du vérumontanum est œdématié, volumineux, douloureux.

Tantôt, le vérumontanum est simplement hypertrophié, et a la forme d'une brioche : l'utricule prostatique, dans ce cas, d'antérieur devient postérieur.

Tantôt, il est volumineux, et hypertrophique, soit par suite d'une inflammation chronique, soit par suite de masturbations antérieures (*fig. 7*).

Tantôt, il est non seulement chroniquement enflammé et œdématié, mais aussi dévié dans son axe, qui, de vertical, devient oblique.

Tantôt, il a perdu complètement sa forme normale et a l'aspect d'un véritable choufleur ; il est alors tout à fait méconnaissable. Lorsqu'il arrive à ce degré de déformation, on peut être assuré qu'il existe concomitamment une spermatocystite chronique invétérée datant de nombreuses années.

Tantôt, il est encore plus déformé et ne se présente que sous la forme d'un gros bourrelet saignant et suintant.

D'autres fois aussi, il est atteint d'une inflammation chronique bien localisée à son corps, et à laquelle ne participent pas les parois voisines de l'urètre.

Tantôt, ayant subi pendant longtemps, des traitements préalables multiples et variés, il a un aspect cicatriciel et comme frippé.

Les orifices des canaux éjaculateurs peuvent aussi être déplacés

suivant le sens vertical, et l'un des orifices peut être plus bas que l'autre.

Parfois, aussi, le vérumontanum revêt des aspects pathologiques tout à fait curieux. Dans un cas, l'orifice de l'utricule prostatique et la muqueuse de la face antérieure du véru, au lieu d'être bien appliqués sur sa face antérieure en étaient détachés et formaient ainsi une véritable poche (*fig. 8*). Cet aspect, observé sur un homme de 31 ans (1) était particulièrement intéressant, en raison de la stérilité qui était la conséquence forcée de cet état pathologique; en effet, au moment de l'éjaculation, le sperme s'accumulait dans la poche de l'utricule prostatique, et ne pouvait subir aucune projection; le liquide séminal ne sortant que quelques minutes plus tard, et, en bavant par l'urètre.

Enfin, lorsque des cautérisations ou des brûlures au galvano-cautère ou à l'électrocoagulation ont été appliquées assez violemment sur le vérumontanum, la charpente même de l'organe peut parfois disparaître pour ne plus laisser voir que les canaux éjaculateurs proprement dits.

On a pu observer un cas semblable chez un homme de 35 ans (2) qui présentait de constantes récidives de gonocoques, et dont la localisation était dans l'urètre postérieur, lequel était complètement envahi par des végétations framboisées. Après de très fortes dilatations de l'urètre postérieur, les récidives se reproduisaient encore. Le traitement urétroscopique, alors institué, consista en des applications de pointes de feu dans tout l'urètre postérieur, lesquelles ne purent se faire sans intéresser directement le vérumontanum lui-même, si bien que les canaux éjaculateurs furent mis à nu et l'on put voir un aspect urétroscopique extrêmement bizarre dans lequel n'existait plus de vérumontanum, mais où les canaux éjaculateurs se montraient comme deux canons de fusil accolés l'un à l'autre.

(1) LUYs. — « Traité des maladies des vésicules séminales », page 56.

(2) LUYs. — « Traité des maladies des vésicules séminales », page 61. Doin, éditeur, Paris.

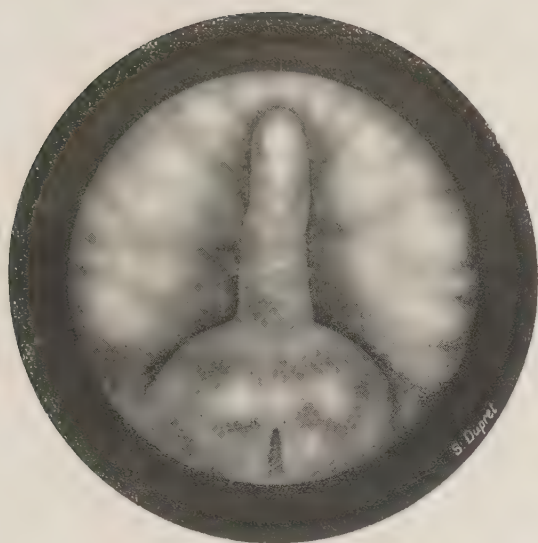


Fig. 9. — Long polype en «phallus» de la partie supérieure du vérumontanum.

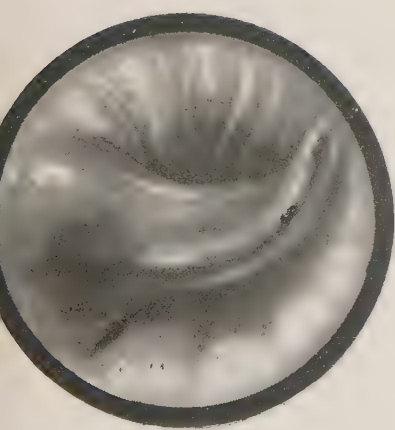


Fig. 10. — Gros polype linguiforme de la fossette prostatique

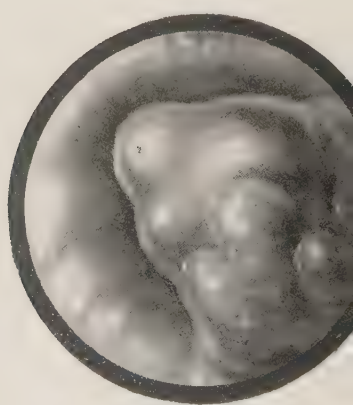


Fig. 11. — Gros polype de l'urètre prostatique.

De la vue de tous ces cas, il doit résulter que l'examen de l'urètre postérieur et du vérumontanum est toujours indispensable à faire au cours des infections de l'urètre postérieur si bien que :

« Soigner une urétrite chronique sans le contrôle urétroscopique est une faute professionnelle » (1).

L'importance de l'aspect urétroscopique du vérumontanum est capitale, car il est toujours en relation pathologique intime avec les vésicules séminales : c'est ainsi que dans la tuberculose des vésicules séminales, l'urétroscopie postérieure permet, parfois, de constater la présence de petites granulations sanguinolentes, situées au niveau de la fossette prostatique, analogues à ces granulations que l'on voit si souvent dans la vessie des malades atteints de tuberculose rénale.

En effet, les canaux éjaculateurs, vecteurs des produits septiques issus des vésicules séminales infectées, sont toujours et immédiatement tributaires de l'inflammation des réservoirs spermatiques qu'ils évacuent. La goutte de pus, issue constamment des vésicules séminales, enflamme fatalement le vérumontanum qui est l'aboutissant des canaux éjaculateurs, si bien que le simple aspect urétroscopique d'un vérumontanum œdémateux ou déformé, permet à l'observateur averti de faire immédiatement le diagnostic de spermato cystite concomitante.

De même, donc, que pour connaître l'état digestif, on examine l'état de la langue, de même, pour connaître l'état des vésicules séminales, on doit examiner le vérumontanum, car :

« Le vérumontanum est le miroir des vésicules séminales » (2).

(1) LUYs. — « Traité des maladies des vésicules séminales », page 62. Doin, éditeur, Paris.

(2) LUYs. — « Traité des maladies des vésicules séminales », page 63. Doin, éditeur, Paris.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES
DE LA
FOSSETTE PROSTATIQUE

ADENOME PROSTATIQUE

Les obstacles prostatiques, dans l'urètre, constituent l'indication de choix du « Forage de la Prostate » pratiqué à sec suivant la méthode Luys (1).

Cette intervention, bénigne et non mutilante, consiste, dans la majorité des cas, avec un simple petit lavement anesthésique associé à une injection sous-cutanée de sédol ou d'un centigramme de morphine, à réséquer, par l'intermédiaire du cystoscope à vision directe (fig. 12) et après action de la boule d'électrocoagulation, les obstacles prostatiques à l'aide des anses coupantes du bistouri électrique (fig. 13 et 14).

Mais pour obtenir une réelle efficacité, l'opérateur devra : avoir entraîné son ceil à toutes les modalités normales et pathologiques de la fossette prostatique, disposer d'un matériel et d'une installation parfaite, préparer minutieusement son malade et avoir une technique opératoire impeccable.

Moyennant quoi, les résultats, immédiats et éloignés du « Forage » seront excellents dans la majorité des cas.

A ce propos, citons l'observation bien typique d'un malade, M. J..., âgé de 65 ans, opéré le 27 juin 1929 du « Forage de la Prostate » par le Dr Luys, pour un résidu vésical constant de 225 g. d'urines troubles et qui, revu le 20 mai 1953, c'est-à-dire vingt-quatre ans après l'intervention, n'avait plus que 15 g. de résidu vésical d'urines limpides.

Les récidives ne sont dues qu'à l'insouciance des malades, qui, ne surveillant pas la limpidité parfaite de leurs urines, laissent infecter de nouveau leur fossette prostatique par la goutte de pus issue des vésicules séminales : les mêmes causes produisant les mêmes effets (2).

(1) Luys. — « Forage ou résection endoscopique de la prostate ». Maloine, éditeur, Paris.

(2) Luys « Comment éviter de devenir prostatique ». *Bulletin de l'Association Française d'Urologie*, octobre 1949, page 420.

Néanmoins, même en retenant ces complications, le « Forage » donne une proportion de 95 % de guérisons complètes (1).

PROSTATITE GLANDULAIRE CHRONIQUE

Les dilatations du canal, les grands lavages uréthro-vésicaux, les suppositoires calmants, les massages de la prostate, l'hydrothérapie et les antibiotiques peuvent améliorer les lésions anatomiques qui caractérisent la prostatite chronique.

Mais l'action directe sur le foyer est nécessaire le plus souvent.

Il s'agira d'abord de cautérisations endoscopiques médicamenteuses. En effet, on aura recours à la méthode urétroscopique, dans laquelle les substances médicamenteuses en solutions concentrées, peuvent être appliquées aux seuls points malades sans diffuser, ce qui évite ainsi les troubles fort désagréables des instillations qui franchissent inévitablement les limites que l'on veut leur assigner.

Les solutions les plus souvent employées sont celles de nitrate d'argent à 10 %, de teinture d'iode ou de sulfate de cuivre.

La marche du traitement doit être constamment contrôlée par l'urétroscopie postérieure, et c'est grâce à ce contrôle qu'on est amené à appliquer les interventions endoscopiques locales appropriées.

C'est ainsi que l'on sera, parfois, amené à pratiquer l'électrocoagulation qui constitue le traitement de choix de l'inflammation de la muqueuse de l'urètre postérieur.

Cette électrocoagulation sera appliquée à sec, sous contrôle de la vue (2).

(1) LUYs. — « Forage ou résection endoscopique de la prostate », page 240. Maloine, éditeur, Paris.

(2) LUYs. — « Traité des maladies de la prostate », page 531. Doin, éditeur, Paris.

Comme la pointe de l'électrode active est très mince, on peut attaquer successivement toutes les glandes infectées, et, en général, une seule séance suffit pour tout détruire. On en profitera pour frapper en même temps, avec l'électrode, toutes les portions de muqueuse, de l'urètre prostatique, atteintes d'infiltration molle.

Lorsque ce travail est terminé, il faut attendre au moins six semaines avant de faire une nouvelle urétroscopie de contrôle qui permettra, le plus souvent, de constater la destruction de toutes les lésions.

CAVERNES PROSTATIQUES

Parfois l'urétroscopie permettra de constater un orifice donnant issue à du pus et constituant l'orifice de la caverne prostatique. Il faudra alors, après assèchement complet du champ opératoire, plonger une pointe de galvano-cautère sur cet orifice et ouvrir ainsi le rideau qui empêche la bonne évacuation de la collection purulente.

Il ne faut pas craindre d'ouvrir largement et de détruire complètement ce rideau qui obturait l'abcès prostatique (1).

Lorsque cette incision a été ainsi faite, que le sang a été bien éteint, il convient ensuite de ne faire, pendant plusieurs jours, que de grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate.

Mais quand la plaie opératoire est à peu près cicatrisée, il est bon de revoir les lésions de nouveau à l'urétroscopie et de désinfecter la cavité de la caverne prostatique avec des solutions de nitrate d'argent assez fortes : solutions à 10 % en attouchements.

Au bout de quelque temps, on peut constater que toutes les lésions inflammatoires, qui siégeaient dans l'intérieur de la caverne prostatique, s'amendent peu à peu et que les parois de la caverne ne suintent plus du tout.

Par contre, on peut voir que quelques gouttes d'urine peuvent

(1) LUYs. — « Traité des maladies de la prostate, page 516. Doin, éditeur, Paris.

stagner dans le cul-de-sac prostatique qui fait place à l'ancienne caverne.

Mais ce n'est là, en réalité, qu'un mince désavantage qui ne peut avoir absolument aucune suite fâcheuse pourvu que le malade conserve ses urines tout à fait claires et aseptiques.

Il sera donc de toute nécessité de surveiller le malade, à ce point de vue, en lui conseillant une hygiène alimentaire et des soins adéquats.

CALCULS ENDOGENES DE LA PROSTATE

On mettra tout d'abord en œuvre des moyens simples, tels que les dilatations lentes de l'urètre postérieur aux béniqués courbes et les massages de la prostate.

Si ces procédés ne donnent pas de résultats, on s'adressera à l'énucléation des calculs par la voie endoscopique (1), en creusant des tranchées profondes pratiquées avec le bistouri électrique et l'électrocoagulation au niveau du plancher prostatique.

Cette méthode est d'une efficacité incontestable et, aussi, exempte de tout danger, pourvu qu'elle soit pratiquée par un urologue connaissant bien la topographie de l'urètre postérieur.

Lorsque ces calculs autochtones de la prostate ont été bien diagnostiqués par la radiographie, on peut alors, en prenant tous les points de repère indispensables, creuser, d'emblée et de parti pris, sur les parties latérales du plancher de la fossette prostatique, de longues tranchées antéro-postérieures, à l'aide de l'anse coupante du bistouri électrique.

On doit fouiller tous les culs-de-sac prostatiques bourrés de calculs et détruire toutes les brides fibreuses qui maintiennent l'enclassement des calculs afin de permettre leur énucléation subéquente.

C'est du quatrième au douzième jour, que se produit l'élimination spontanée et facile des calculs par les voies naturelles.

(1) LUYs. — « Forage ou résection prostatique », p. 138. Maloine, éditeur, Paris.

POLYPES DE LA FOSSETTE PROSTATIQUE

Le traitement de ces formations papillomateuses consiste en leur destruction par l'électrocoagulation sous contrôle de la vue.

SPERMATOCYSTITE CHRONIQUE

Ainsi que nous l'avons vu, le *vérumontanum* étant comme l'antenne des vésicules séminales, ses altérations sont engendrées et entretenues par les spermatozystites chroniques consomitantes qu'il conviendra de traiter.

Ce traitement (1) consistera, tout d'abord, en une bonne réglementation de l'hygiène générale ainsi que du régime alimentaire ; on aura également recours à des bains de siège, des petits lavements chauds de 100 gr. d'eau à 50° centigrades : l'eau simple peut servir pour ce petit lavement, il est cependant préférable de prendre une décoction de racine de guimauve.

Le traitement par les sulfamides et antibiotiques appropriés est important, car il est un adjuvant notable dans le traitement des spermatozystites, mais il n'est pas susceptible d'apporter à lui seul une guérison complète : en effet, les culs-de-sac vésiculaires enflammés s'entourent de tissu fibreux plus ou moins épais formant autour d'eux une véritable cuirasse au sein de laquelle les vaisseaux sanguins, étouffés, ne permettent pas l'afflux normal de sang.

En cas de spermatozystite à colibacilles, il faudra également envisager une thérapeutique intestinale qui s'appliquera aux lésions du tube digestif et de ses annexes, qui entretiennent et sont la cause principale de la colibacillurie.

Il conviendra, également, de penser aux parasites intestinaux qui doivent toujours être recherchés par l'examen des fèces et traités par les moyens appropriés.

(1) LUYs. — « Traité des maladies des vésicules séminales, page 162. Doin, éditeur, Paris.

Le traitement mécanique, que l'on doit appliquer dans tous les cas, a pour objet de vider les vésicules séminales du pus qu'elles contiennent et ce traitement doit comprendre deux parties bien distinctes :

1° Vidage des culs-de-sac vésiculaires qui s'obtient par le massage des vésicules séminales ;

2° L'ouverture des canaux éjaculateurs, destinés à faciliter le drainage des produits septiques contenus dans les vésicules séminales, laquelle s'obtiendra :

- a) Par la dilatation de l'urètre postérieur aux béniqués courbes ;
- b) par la dilatation des orifices des canaux éjaculateurs par le dilatateur à trois branches de Frank ;
- c) par le cathétérisme dilatateur des canaux éjaculateurs.

A. Le massage des vésicules séminales se fait, par le toucher rectal, en plaçant le malade en position debout, les jambes droites et raidies, pendant que le haut du corps, profondément courbé en avant, appuie, par l'intermédiaire du coude gauche, sur un plan résistant ; avec la main droite, il place un verre, sous son méat, destiné à recueillir les sécrétions vésiculaires.

Il faut au médecin, un doigt suffisamment long pour que la pulpe de l'index vienne prendre contact intime avec la face postérieure des vésicules séminales.

Il faudra faire des pressions méthodiques, obliques, de haut en bas, et de dehors en dedans, le massage doit être suffisamment prolongé, non seulement au moment même de l'acte du massage, mais aussi au cours de nombreuses séances et il ne doit jamais être brutal.

B. Les dilatations de l'urètre postérieur aux béniqués, doivent être effectuées avec la plus grande prudence, car elles peuvent exposer à la production d'une épididymite ; au contraire, lorsqu'elles sont pratiquées sagement et doucement, elles produisent le plus souvent une amélioration très rapide.

Lorsque la dilatation a été poussée jusqu'au béniqué 60, il est

bon de continuer plus haut encore avec le dilatateur laveur de Franck.

Cet instrument dont la portion dilatatrice correspond exactement à la région prostatique de l'urètre, permet de bien dilater cette région en même temps que d'en pratiquer l'irrigation continue.

CATHETERISME DES CANAUX EJACULATEURS

Il aura son indication formelle lorsque, malgré les dilatactions précédentes, les vésicules séminales ne laisseront pas écouler leurs exsudats purulents sous l'influence du massage.

Mais il y a deux contre-indications nettes au cathétérisme :

- 1° Au cours des inflammations aiguës de l'urètre postérieur ;
- 2° lorsque le vérumontanum présente des altérations pathologiques telles que les canaux éjaculateurs sont invisibles.

C'est dans ces conditions, qu'il sera alors nécessaire de pratiquer auparavant plusieurs urétroscopies préparatoires, de manière à obtenir par des attouchements directs au nitrate d'argent, un assèchement complet du vérumontanum, qui ne doit plus présenter aucun saignement gênant et qui doit, au contraire, offrir une surface bien lisse, permettant une visibilité parfaite des canaux éjaculateurs.

Effectué dans ces conditions et avec ces précautions, le cathétérisme ne provoque jamais la moindre inflammation, ni le moindre accident.

Technique opératoire

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs s'effectuera avec l'urétroscope à vision directe Luys.

On emploiera de préférence un tube, long de treize centimètres, qu'on choisira, d'après la dimension de l'urètre, du plus fort calibre possible.

On commence, d'abord, par faire un grand lavage urétro-vésical, afin de bien nettoyer la muqueuse urétrale, puis, suivant les préceptes habituels, on introduira le tube urétroscopique droit jusque dans la fossette prostatique.

On tombe alors sur la face antérieure du vérumontanum et, tantôt on se trouve en présence d'un utricule prostatique unique et médian, tantôt, au contraire, il n'existe pas d'utricule prostatique médian, mais sur les joues latérales du vérumontanum, de chaque côté de la crête et d'une manière symétrique, se voient deux orifices bien distincts, qui marquent l'extrémité inférieure de chacun des deux canaux éjaculateurs. Le vérumontanum présente alors, avec sa crête médiane, bien accentuée, une véritable tête de scaphandrier ; on comprendra que, dans ce dernier cas, le cathétérisme respectif de chacun des deux canaux sera facile.

Pour l'effectuer, on emploie des stylets métalliques coudés. Il en existe six modèles de calibre progressivement croissant.

Une des extrémités de ces stylets est mousse et légèrement olivaire ; l'autre extrémité est coudée, à angle obtus, pour être bien prise en main. Près de cette extrémité se trouve une graduation en centimètres de 1 à 3, permettant de reconnaître, à l'extérieur, de combien le stylet a pénétré dans le canal éjaculateur (1).

Après avoir pris soin de bien placer le tube urétroscopique, et en présence d'une vue nette du vérumontanum et de l'orifice du canal éjaculateur, on dirige alors le stylet bien horizontalement tout le long de la paroi inférieure du tube vers le canal à cathétériser, et on arrive facilement près de son orifice. On fait alors pénétrer l'extrémité boutonnée dans l'intérieur même de cet orifice, de la même façon qu'on ferait pour un cathétérisme de l'uretère.

Par quelques mouvements latéraux et verticaux, on peut déjà ouvrir légèrement l'orifice du canal éjaculateur puis, pour en faire le cathétérisme, il suffit de conduire, d'une main légère, le stylet

(1) LUYB. — « Traité des maladies des vésicules séminales ». p. 178. Doin, éditeur, Paris.

un peu plus profondément, en écartant le coude, légèrement en dehors, de manière à pénétrer un peu obliquement de un à trois centimètres dans l'intérieur même du canal éjaculateur ; on s'arrête lorsqu'on sent une petite résistance.

Cette petite résistance est le plus souvent due à la butée du cathéter contre l'éperon qui sépare l'ampoule du canal déférent de la vésicule séminale.

Au cours de ce cathétérisme, on sent fréquemment que le cathéter est serré, et on éprouve, là, la même sensation qu'au cours des dilatations de rétrécissement de l'urètre avec un béniqué, lorsque l'instrument, serré, semble passer dans une filière de cuir neuf.

Ce cathétérisme se fait la plupart du temps sans douleur ; en outre, il ne provoque pas, ou presque pas, de sang.

Lorsqu'il n'existe pas de canaux éjaculateurs latéraux, mais qu'on se trouve en présence d'un utricule prostatique médian et unique, on procède d'une manière à peu près semblable :

On dirige d'abord la pointe du stylet, bien horizontalement, de manière à le faire pénétrer tout droit dans l'utricule prostatique ; on incline alors latéralement le manche du stylet (à gauche pour le canal éjaculateur gauche, à droite pour le canal droit), puis, avec quelques tâtonnements effectués d'une main légère, on arrive à pénétrer dans le canal à cathétériser.

Il n'en est pas moins vrai que, souvent, le cathétérisme des canaux éjaculateurs est extrêmement difficile et, parfois, impossible.

C'est dans ces conditions, qu'on peut être amené à effectuer la destruction partielle du verumontanum, au moyen de l'électro-coagulation, sous contrôle de la vue, avec le tube urétroscopique, afin de rendre visible les canaux éjaculateurs.

Mais il faut n'agir, dans ces cas, qu'avec une grande prudence, en raison du rôle physiologique important du verumontanum au cours de l'éjaculation.

CONCLUSIONS

La fossette prostatique, dont l'importance au point de vue uro-génital est capitale, est souvent le siège de manifestations pathologiques variées.

Adénome prostatique, prostatite chronique, cavernes prostatiques, calculs endogènes de la prostate, polypes, modifications du vérumontanum, en relation intime avec une infection chronique des vésicules séminales.

Dans de nombreux cas, le diagnostic de toutes ces manifestations ne pourra être fait, avec certitude, que par l'urétroscopie qui, en même temps, permettra d'en réaliser la thérapeutique sous le contrôle de la vue.

Vu : le Doyen :
Signé : BINET.

Vu : le Président de Thèse :
Signé : GUY-LAROCHE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Signé : JEAN SARRAILH.

